# Je soussigné(e),

NOM d’usage : ……………………………… NOM de naissance : ………….…………………….

Prénoms : ……………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Lieu de naissance: …………………………………

❒ *Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.*

❒ *Nomme la personne de confiance suivante :*

NOM : …………………………………… Prénom : ………….…………………….………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………….

Téléphones : … ……………………………….………………………………………………………

* Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m’exprimer : ❒ Oui ❒ Non
* Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : ❒ Oui ❒ Non

Fait à : …………………………………… Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du patient **Signature de la personne de confiance**

**Cas particulier**

*Si vous êtes dans l’impossibilité physique d’écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite ci-dessus, est bien l’expression de votre volonté.*

**Témoin 1 :** *Je soussigné(e),*

NOM : ……………………………………

Prénom : ………….…………………….…

Lien avec le patient : ………………………

**Témoin 2 :** *Je soussigné(e),*

NOM : ……………………………….

Prénom : ………….…………………….…

Lien avec le patient : ………………………

*Attestent que la personne de confiance désignée ci-dessus est bien l’expression de la volonté libre et éclairée du patient (Nom, prénom) :* …………………………………………

Fait à : …………………………………… Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du témoin 1 Signature du témoin 2

**Cadre réserve à l’équipe soignante**

Le patient étant dans l’impossibilité d’exprimer sa volonté et en l’absence de témoin, aucune personne de confiance n’a été désignée.

NOM du soignant : ……………………………………… Qualité : ………………………………

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du soignant

**Révocation ou changement de désignation de personne de confiance**

Je souhaite annuler la désignation de ma personne de confiance : ❒ Oui

# Je soussigné(e),

NOM d’usage : ……………………………… NOM de naissance : ………….…………………….

Prénoms : ……………………………………………………………………………………………….

*Annule la désignation de cette personne de confiance :*

NOM : …………………………….…… Prénom : ………….………………..……………….

Je souhaite également changer la désignation de ma personne de confiance : ❒ Oui

*Dans tous les cas, veuillez demander à un soignant un nouveau formulaire de désignation d’une personne de confiance, à remplir.*

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du patient